FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905 N° 332

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 25 Mai 1905, à 1 heure

PAR

FLORIAN BUDIN

LICENCIÉ ÈS SCIENCES

DE LA DÉSINSERTION

de l'Extrémité inférieure du Vagin

AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT SPONTANÉ CHEZ LA PRIMIPARE

Président : M. BUDIN, *Professeur*

Juges : MM. POZZY, *Professeur.*
BONNAIRE, *Agrégé.*
DEMELIN, *Agrégé.*

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

PARIS — 1, Rue Casimir Delavigne et 12, Rue Monsieur le Prince. — PARIS

Anciennement 36, Rue Serpente

(EN FACE LA FACULTÉ DE MÉDECINE)

1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeuthique générale	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et Matière médicale	POUCHET.
Thérapeuthique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie comparée et expérimentale	ROCER.
Clinique médicale	DEBOVE. LANDOUZY. HAYEM. DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathol. mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	TERRIER. BERGER. LE DENTU. TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	PINARD. BUDIN.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

MM. Agrégés en exercice

AUVRAY.	DESGREZ.	LAUNOIS.	POTOCKI.
BALTHAZARD.	DUPRE.	LEGRY.	PROUST.
BEZANÇON.	DUVAL.	LEGUEU.	RENON.
BRANCA.	FAURE.	LEPAGE.	RICHAUD.
BRINDEAU.	GOSSET.	MACAIGNE.	RIEFFEL, chef des trav. anat.
BROCA André.	GOUGET.	MAILLARD.	
CARNOT.	GUIART.	MARION.	TEISSIER.
CLAUDE.	JEANSELME.	MAUCLAIRE.	THIROLOIX.
CUNEO.	LABBE.	MERY.	VAQUEZ.
DEMELIN.	LANGLOIS.	MORESTIN.	WALLICH.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans es dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LE Docteur F. BUDIN

A MA MÈRE

A MA FAMILLE

A LA MÉMOIRE DE MADAME DOUVRY

A MONSIEUR DOUVRY

Souvenir affectueux et reconnaissant.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BUDIN

Professeur de clinique obstétricale

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur.

Hommage de ma profonde reconnaissance et de mon respectueux attachement.

INTRODUCTION

Les observations que nous rapportons dans cette thèse, sont relatives à une lésion particulière du vagin pendant l'accouchement, lésion mise en lumière tout récemment dans un mémoire présenté par M. Bouchacourt à la Société obstétricale de France (1).

De ses observations, M. Bouchacourt conclut à la nécessité tant au point de vue clinique, qu'au point de vue pratique, de bien déterminer ce genre de lésion et de dégager en quelque sorte son individualité de l'ensemble des lésions vulvo-vaginales avec lesquelles elle a été confondue jusqu'ici. En effet, bien que dès 1874, le Professeur Budin (2) ait signalé dans une observation « une déchirure transversale correspondant au point d'insertion de la moitié inférieure du vagin à la vulve »,

1. Bouchacourt. In *Annales de la Société obstétricale de France.* Compte- rendu de la 10e Session 1904. Pages 327 et suivantes.
2. P. Budin. *Obstétrique et gynécologie*, page 309.

bien que dans sa thèse, Morel rapporte une observation de Baudry (1) dans laquelle il parle de « désinsertion vagino-vulvaire » nulle part nous n'en trouvons mention dans les classiques au chapitre pourtant si complet des lésions vagino-vulvaires. Ceci s'explique par ce fait que les lésions concomitantes ont attiré plus particulièrement l'attention des accoucheurs, la désinsertion vagino-vulvaire s'accompagnant presque toujours d'autres déchirures de voisinage. Nous discuterons plus loin l'importance qui lui revient dans ce chapitre de pathologie obstétricale. Quoiqu'il en soit, étant donnés, son degré relatif de fréquence et son traitement spécial, nous avons cru utile de la signaler à nouveau.

Nous avons à cet effet recueilli un certain nombre d'observations qui, avec celles de M. Bouchacourt, formeront la base de ce travail.

Nous limiterons cette étude à la désinsertion vagino-vulvaire au cours de l'accouchement spontané de la primipare seule, chez laquelle la conservation plus ou moins complète de l'hymen, nous a paru jouer un rôle pathogénique considérable.

Désireux d'exposer la question avec méthode, nous consacrerons un premier chapitre à l'anatomie normale de la région vulvo-vaginale en insistant plus particulièrement sur l'hymen.

Dans un deuxième chapitre nous étudierons l'ana-

1. Baudry. Cité par Morel. *Thèse* doctorat Paris 1897 (Ruptures et perforations de la paroi postérieure du vagin pendant l'accouchement).

tomie-pathologique de la désinsertion de l'extrémité inférieure du vagin.

Dans un troisième chapitre relatif à l'étiologie, nous essayerons d'élucider le mode de formation de la lésion.

Un dernier chapitre sera réservé au diagnostic, au pronostie et au traitement.

A notre Maître, Monsieur le Professeur Budin, qui a bien voulu nous encourager et nous conseiller dans le choix de notre thèse, nous sommes heureux d'adresser nos plus sincères remerciements, moins pour obéir à un usage banal que pour exprimer un sentiment spontané de profonde et sincère gratitude envers le Maître, qui, de toutes façons, fut toujours si bon pour nous.

Nos remerciements s'adressent aussi à Monsieur le Professeur agrégé P. E. Launois, dont nous aurions tant voulu être l'élève et qui fut pourtant notre Maître, par les conseils affectueux et éclairés, qu'il nous a toujours prodigués.

Nous ne saurions trop dire non plus à tous nos autres Maîtres des hôpitaux, MM. Campenon, Landrieux, De Beurmann, Babinski, Demelin, Villemin, Launay, Savariaud, toute notre reconnaissance pour les connaissances cliniques dont nous leur sommes redevable.

Nous sommes heureux de remercier ici M. le docteur Bouchacourt, pour l'empressement avec lequel il s'est mis à notre disposition et nous a aidé de ses avis éclairés, nous permettant ainsi de mener à bonne fin, ce modeste travail.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/thesepourledocto0000flor

ANATOMIE (1).

Pour se faire une juste idée de l'anatomie pathologique et de la pathogénie de la désinsertion vagino-vulvaire, il nous semble utile d'entrer dans quelques considérations sur la constitution du canal génital de la femme.

Schématiquement on peut envisager ce canal comme un double cône dont les sommets tronqués répondent à l'anneau hyménéal. Le vagin forme le cône supérieur, le conduit vulvaire le cône inférieur.

Le vagin à l'état de distension affecte la forme d'un entonnoir à base utérine, à sommet vulvaire ; à l'état de vacuité, il figure un tube aplati dans le sens frontal d'ou deux parois, l'une antérieure, l'autre postérieure, et deux bords latéraux.

Par sa face antérieure le vagin s'adosse en haut à la base de la vessie dont il est séparé par une couche de tissu cellulaire lâche, en bas à l'urèthre auquel il est

1. Rieffel, in *anatomie*, Poirier.

intimement uni par une couche de tissu fibro-conjonctif dense.

Par sa face postérieure, le vagin est en rapport en allant de haut en bas, avec le péritoine, le cul de sac recto-vaginal et l'ampoule rectale ; vagin et rectum sont séparés par une couche de tissu conjonctif lâche qui permet le glissement facile des deux organes l'un sur l'autre. Au niveau du plancher périnéal les deux conduits vaginal et rectal perdent toute connexion et limitent par leur divergence le corps périnéal.

Par ses bords latéraux, le vagin répond au muscle releveur de l'anus qui les croise perpendiculairement tout en ne prenant sur eux aucune insertion. Au-dessous de ce muscle, les bords latéraux sont étroitement unis aux deux lames de l'aponévrose périnéale moyenne, fixant ainsi solidement l'organe au plancher périnéal : adhérence qui correspond à l'orifice vulvo-vaginal (1) et forme ainsi extérieurement la démarcation anatomique que l'hymen forme intérieurement entre les deux parties vulve et vagin.

La surface interne du vagin présente sur chacune de ses parois antérieure et postérieure une saillie longitudinale située sur la ligne médiane ou à son voisinage ; ces saillies ou colonnes sont d'autant plus développées qu'elles se rapprochent de l'orifice vaginal. La colonne antérieure occupe les deux tiers inférieurs de la paroi vaginale et se termine en bas sur le tubercule vaginal. La colonne postérieure moins développée que l'antérieure n'atteint pas le plus souvent l'orifice vaginal.

1. Rieffel, *loco citato*, fig. 362.

Toutefois il arrive qu'elle se prolonge sur toute l'étendue de la face supérieure de l'hymen et parfois même en dépasse le bord libre (*hymen à colonne de Pachkis*) (1).

« Les colonnes antérieure et postérieure du vagin constituent les points où la solidité de la paroi du vagin est à son maximum » Bar (2).

La surface interne présente en outre sur l'une et l'autre de ses deux parois un système de plis transversaux connus sous le nom de rides du vagin sur la signification desquels les anatomistes ne sont pas encore nettement fixés. Signalons toutefois cette particularité que ces rides peuvent se retrouver sur la face vaginale de l'hymen.

Le conduit vulvaire qui s'étend de la fente vulvaire à l'orifice vaginal est limité par les petites lèvres et la fourchette. « Le plus souvent cet anneau va en s'élargissant à partir de l'hymen. Quelquefois cependant il continue en quelque sorte le rétrécissement du cône vaginal. Dans ces cas, les petites lèvres se réunissent soit en arrière, soit en avant pour former une sorte de capuchon allongé » (3).

Nous insisterons surtout sur l'orientation de ce conduit qui influe sur la longueur du périnée et nous paraît par là même jouer un rôle important dans la production de la désinsertion vagino-vulvaire. « Dans son ensemble la vulve est horizontale, mais très souvent elle devient

1. Pachkis, cité par Rieffel, *loco citato*.
2. Bar, *Travaux d'obstétrique*, p. 32.
3. Ardouin, *Thèse*, Paris 1889. Contribution à l'étude des déchirures vagino-périnéales.

un peu oblique en bas et en arrière, quelquefois même légèrement ascendante... Elle suit l'inclinaison pelvienne. Comme l'orifice vaginal elle s'élève ou s'abaisse suivant que le bassin appartient au type droit ou incliné » (1).

Ainsi dans les cas de symphyse inclinée de 45° sur la verticale (type droit de Charpy) la vulve est reportée en haut et en avant, et le périnée est long. Au contraire, dans les cas de symphyse inclinée de 70° sur la verticale, la vulve est reportée en bas et en arrière et le périnée est court.

A l'union des deux cônes que nous venons de décrire sommairement, nous avons l'orifice vulvo-vaginal qui a la forme d'une ellipse à grand axe antéro-postérieur. Il constitue la partie la plus étroite et la moins extensible du vagin et se trouve encore plus ou moins obturé par la membrane hymen.

Hymen. — L'hymen dit Sappey (2) est une membrane rétrécissant l'orifice inférieur du vagin. Pour Testut (3) l'hymen est une cloison incomplète qui se dresse à la limite respective des deux conduits vaginal et vulvaire. Pour Budin l'hymen n'est autre chose que l'extrémité antérieure du vagin.

Suivant la forme de l'orifice hyménéal, on a affaire à des types différents bien connus de tous et que nous ne croyons pas utile de rappeler.

Que devient l'hymen au moment des premiers rap-

1. Rieffel, *loco citato*, page 559.
2. Sappey, *Anatomie*, 4e édition, tome IV, p. 730.
3. Testut, *Anatomie*, 4e édition, tome IV, page 878.

ports sexuels et que trouverons-nous avant l'accouchement chez la primipare ?

« Ordinairement, dit Playfair (1) la membrane hymen est très mince et les premiers rapprochements sexuels suffisent pour la briser. »

Il n'en est cependant pas toujours ainsi. L'hymen est une membrane à résistance variable selon son épaisseur et son élasticité. Nous rappellerons à ce propos la classification de M. le Prof. Budin :

1° Pénétration avec rupture ;

2° Pénétration avec dilatation rapide et facile ;

3° Pénétration avec dilatation lente, difficile et progressive ;

4° Pénétration incomplète ou impossible.

Dans le premier groupe de faits, l'hymen se déchire. Les déchirures commencent au niveau du bord libre de l'hymen, se prolongent plus ou moins sur la membrane mais n'*atteignent pas son bord externe qui est toujours respecté*. Quels que soient le siège et le degré des déchirures « dans tous les cas on retrouve les bords de l'orifice vaginal qui existent complètement et ne sont nullement détruits » (Budin). Le plus souvent les lambeaux ainsi délimités restent en contact, et la forme générale de l'hymen n'est pas modifiée. Plus rarement les lambeaux formeront les caroncules hyménéales.

Dans le second groupe de faits, les premiers rapports sexuels sont faciles. La souplesse de la membrane

1. Playfair, *Traité théorique et pratique des accouchements*, traduit par le Dr Vermeail, p. 29.

ou la grandeur de l'orifice hyménéal donnent l'explication du fait. L'hymen peut alors ne pas être lésé et persister pendant la première grossese. M. Budin a constaté 13 fois la persistance d'un hymen intact sur 75 primipares environ.

Dans les troisième et quatrième groupes il ressort nettement de la lecture des observations de M. Budin que l'hymen persiste jusqu'au premier accouchement par le fait même de sa résistance particulière.

Ces considérations nous montrent que l'accoucheur, en face d'une femme enceinte pour la première fois, peut se trouver en présence d'un hymen parfois intact et le plus souvent respecté dans une large mesure. « Sur 29 primipares examinées par Cistrier (1), 22 fois l'hymen était nettement reconstituable, 4 fois il était intact et 3 fois il existait des caroncules hyménéales. »

Cette persistance de l'hymen qui, selon nous, prédispose à la désinsertion du vagin à la vulve nous amène à dire un mot de sa structure qui a fait l'objet de nombreux travaux.

Pour Sappey « l'hymen est formé par un repli de la muqueuse du vagin, contenant des fibres de tissu conjonctif, des fibres musculaires lisses, des vaisseaux et des filets nerveux. Pour Tarnier, Courty, l'hymen résulte de l'adossement des muqueuses vulvaire et vaginale. Entre ces deux feuillets, s'interpose une couche de tissu conjonctif très riche en fibres élastiques. A ces éléments s'ajoutent des fibres musculaires lisses qui se continuent

1. Cistrier. *Thèse*, Paris, 1902. Contribution à l'étude des plaies de la région vulvaire lors de l'accouchement chez les primipares.

en haut avec la tunique musculeuse du vagin. Tous les histologistes n'admettent pas toutefois l'existence de ces éléments contractiles.

M. Budin (1) rapporte ainsi le résultat de coupes histologiques pratiquées par de Sinéty : « On peut sur ces préparations suivre l'épithélium de la muqueuse vaginale sur la face interne de l'hymen ; il se continue avec l'épithélium de la muqueuse vulvaire qui en tapisse la face externe, et entre les deux muqueuses se trouve une couche épaisse de tissu conjonctif qui, à la base de l'hymen se continue avec celui qui forme la paroi du vagin. On pouvait, sur une des belles préparations de M. de Sinéty, voir des sections de vaisseaux et même suivre la coupe longitudinale de l'un d'entre eux qui, venu de la paroi du vagin, s'avançait dans l'épaisseur de la membrane hymen. »

A la suite de dissections sur le cadavre, M. Budin donne les conclusions suivantes : « La dissection du vagin dont les parois sont parfaitement isolables et se terminent en avant par une partie hémisphérique perforée, la prolongation des colonnes et des rides de la muqueuse vaginale qui tapissent la face interne et arrivent jusqu'à l'orifice de l'hymen, l'examen histologique, tout concorde pour montrer que ce qu'on appelle l'hymen, n'est autre chose que l'extrémité antérieure du canal vaginal doublé à l'extérieur par la muqueuse vulvaire. Ainsi donc l'hymen, en tant que membrane propre, spéciale, distincte, indépendante, n'existe pas. La membrane qui apparaît sous les yeux lorsqu'on examine les

1. Budin, *loco citato*, page 271.

organes génitaux et qu'on a décorée du nom d'hymen n'est autre chose que l'extrémité antérieure du vagin faisant saillie sur la muqueuse vulvaire, entre les petites lèvres. »

Cette conception de l'hymen, extrémité inférieure du vagin nous donne la raison de sa résistance en certains cas, et vient en outre à l'appui du mécanisme que nous invoquerons dans la production de la lésion, objet de ce travail.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dans sa communication à la Société obstétricale de France, M. Bouchacourt après avoir rapporté les trois observations qui forment la base de son mémoire, résume ainsi le côté anatomo-pathologique de la question : « En outre de ces trois faits (Obs. I, II, XI), qui me paraissent typiques, comme désinsertion du vagin sur la vulve, j'en ai observé un assez grand nombre d'autres auxquels la troisième observation (Obs. II) pourrait servir de transition.

Ce sont, en effet, des cas de désinsertion vagino-vulvaire ne siégeant guère qu'au niveau de la fourchette et consistant surtout dans la lésion du pied de la colonne postérieure du vagin, qui perd alors son point d'attache à la vulve, pour se rétracter plus ou moins haut dans le canal vaginal, où il faut se donner la peine de la chercher.

On peut observer d'ailleurs également un autre type de lésion vulvo-vaginale, qui coïncide parfois avec l'in-

tégrité de la colonne postérieure du vagin : ce sont des fissures latérales et quelquefois même antérieures, atteignant le clitoris, et intéressant la ligne d'insertion des petites lèvres. La désinsertion vulvo-vaginale se fait alors d'un seul côté, ou des deux en même temps, et se complique parfois d'une déchirure de la paroi du vagin, le long de sa colonne postérieure. »

On voit toute l'importance qu'accorde M. Bouchacourt à cette lésion et combien elle doit être fréquente si on le suit sur ce terrain. Sans aller aussi loin que lui, nous examinerons d'abord les cas où la désinsertion variable dans sés degrès nous paraît cependant indiscutable et ceux dans lesquels, l'interprétation peut varier suivant qu'on accorde une importance plus ou moins prépondérante aux lésions connexes.

Nous basant sur l'intégrité ou la déchirure de la colonne postérieure, nous admettrons deux types principaux de désinsertion vagino-vulvaire.

1° *Désinsertion vagino-vulvaire avec rupture de la colonne postérieure.*

En ce cas la désinsertion du vagin peut rester limitée à la fourchette, au point ou la colonne postérieure s'insère à la vulve (Obs. III, IV, V, VI). La colonne postérieure perd alors son point d'attache pour se rétracter plus ou moins haut, dans le canal vaginal. La rétraction sera d'autant plus accentuée qu'à la désinsertion de la colonne pourront s'ajouter une ou deux déchirures longitudinales de la paroi postérieure du vagin (Obs. IX).

A un degré plus accentué, la désinsertion intéresse

le demi-cercle inférieur de l'orifice vaginal (Obs. VII, VIII), et enfin la solution de continuité peut remonter sur les parties latérales, gagner la face interne des petites lèvres, au niveau de leur base d'insertion et atteindre le clitoris ou ses racines, donnant ainsi lieu à une désinsertion totale de l'organe. Le vagin dans ce dernier cas, n'est plus retenu à la vulve qu'au niveau du clitoris et comme dans l'observation I, on peut observer « une surface cruentée, ayant en arrière la largeur d'un travers de doigt, et s'amincissant graduellement en avant pour se terminer par deux surfaces linéaires correspondant aux racines du clitoris. »

2° *Désinsertion vagino-vulvaire avec intégrité de la colonne postérieure.*

Il est des cas où la colonne postérieure, se trouve respectée et c'est alors sur un de ses côtés ou sur les deux côtés à la fois que porte la désinsertion (type uni ou bilatéral). Comme précédemment, la déchirure est plus ou moins étendue. Dans la variété la plus complète, le vagin a perdu tout rapport de continuité avec la vulve, sauf en deux régions, l'une antérieure constituée par le clitoris, l'autre postérieure, formée par la colonne postérieure (Obs. XI, XII).

Ainsi donc, d'une façon générale, quelle qu'en soit la variété, la désinsertion semble commencer par la région de la fourchette qu'elle intéresse toujours. Pourquoi la colonne postérieure résiste-t-elle parfois ? Nous pensons que cette résistance particulière est la conséquence d'une disposition anatomique spéciale. Ainsi que nous

l'avons vu dans le chapitre précédent, la colonne postérieure peut ou s'arrêter à la base de l'hymen ou se continuer sur sa face vaginale ; dans le premier cas, elle s'insère à la vulve et c'est à ce niveau qu'elle cède ; dans le second cas, elle résiste, parce que la production de la lésion nécessiterait non plus une simple désinsertion, mais une solution de continuité de ses fibres.

Que la colonne postérieure cède ou résiste, nous n'admettons de désinsertion véritable que s'il existe une solution de continuité, si limitée soit-elle, intéressant la ligne d'insertion vagino-vulvaire et séparant la muqueuse vulvaire de la paroi du vagin ; en même temps, accentuant la désinsertion, existe le plus souvent un décollement du vagin d'avec les tissus sous-jacents.

Il est bien évident que cette description est schématique et que les faits ne se présentent pas, en général, avec cette netteté. La désinsertion s'accompagne presque toujours de lésions de voisinage. Mais dans les observations de M. Bouchacourt et les nôtres, elles n'ont qu'une importance très relative qui disparaît devant la lésion principale, la désinsertion vulvo-vaginale. Ces traumatismes connexes consistent, le plus souvent, en une déchirure banale vulvo-périnéale. Il n'en est pas moins vrai que parfois, la désinsertion du vagin, bien que ne pouvant être mise en doute, passe au second plan devant l'intensité des autres lésions. Le traumatisme peut être tel que M. le prof. Budin (Obs. X) l'a vu coexister avec une déchirure totale du périnée et une perforation de la cloison recto-vaginale, que dans l'observation de Baudry (Obs. XIII), alors que la vulve

était intacte, il existait une perforation de la paroi postérieure du vagin.

Vouloir passer en revue toutes les lésions qui peuvent accompagner la désinsertion du vagin, nous écarterait du cadre de notre sujet.

Nous dirons toutefois un mot de certaines lésions vulvaires et des déchirures de la paroi postérieure du vagin qui, parfois indépendantes de la lésion vaginale, peuvent, en d'autres cas, l'accompagner et même la simuler par certains côtés.

Des lésions vulvaires, si bien décrites par MM. Bar (1) et Auvard (2), nous ne retiendrons que celles désignées par M. Auvard sous le nom de « plaies supérieures ou antéro-latérales de la vulve ; siégeant au-dessus du plan transversal passant par la partie inférieure de l'orifice vulvo-vaginal. »

La partie antérieure de la région vulvaire est le plus souvent lésée au niveau de la face interne des petites lèvres. « Ces déchirures des petites lèvres, dit Thore (3), n'affectent point de forme spéciale ; elles sont transversales, longitudinales. Quelquefois elles sont multiples et partent du même point pour diverger en sens variés, représentant assez exactement les rayons d'une roue. » Elles font le plus souvent suite à une déchirure de l'orifice vaginal, et dans certains cas « la déchirure, après avoir franchi le bord externe de l'hymen se continue sur la face interne de la petite lèvre corres-

1. Bar. *Notes d'obstétrique*, Paris, 1889.
2. Auvard. *Travaux d'obstétrique.*
3. Thore. Considérations sur les déchirures des parties supérieures et latérales de la vulve dans les accouchements. (*Thèse*, Paris, 1887).

pondante, en changeant de direction, en se portant verticalement au haut et un peu en dehors jusqu'au niveau du bord libre de la petite lèvre. » (Cistrier). Faut-il voir dans cette variété de lésion vulvaire une désinsertion vaginale ? Nous n'admettons de désinsertion que si la solution de continuité (même intéressant la ligne d'insertion des petites lèvres) aboutit en bas dans une déchirure transversale, médiane ou latérale séparant la muqueuse vaginale de la muqueuse vulvaire.

Les déchirures de la paroi postérieure du vagin nous arrêteront pour la raison suivante. Lorsqu'on lit les descriptions de ces sortes de lésions, on est frappé de voir notre désinsertion, bien que son nom ne soit pas prononcé, apparaître entre les lignes.

Rarement, en effet, ces déchirures longitudinales siégeant sur les côtés de la colonne postérieure restent limitées au vagin.

« Dans certaines circonstances, dit Ardouin, la déchirure arrivée vers la face postérieure de l'hymen se continue avec une rupture transversale du vagin. Celle-ci commence à l'extrémité antérieure de la plaie longitudinale et s'étend plus ou moins loin *parallèlement à l'anneau hyménéal.* Lorsque la lésion existe des deux côtés, la colonne postérieure peut, tantôt rester adhérente au tubercule inférieur de l'hymen, tantôt en être complètement séparée et former une languette flottante. »

Cette disjonction transversale n'est-elle pas à vrai dire une désinsertion vaginale ?

Dans d'autres cas, la lésion remonte sur les parties latérales de la vulve et d'après le même auteur voici

comment les choses se présentent lorsque la déchirure est bilatérale, « Les deux plaies peuvent être complètement séparées sur la ligne médiane, chacune d'elles se continuant avec la déchirure vaginale correspondante, tandis que la colonne intacte reste adhérente au tubercule inférieur de l'hymen et au périnée, mais il peut arriver aussi qu'elles se réunissent, soit en arrière, soit en avant de l'hymen ; dans les deux cas le lambeau formé par la colonne postérieure est retracté, recrocquevillé, entraînant ou non une partie de l'anneau hyménéal. »

Enfin il est des cas ou la déchirure du vagin se prolonge sur la ligne médiane du périnée.

Que se passe-t-il ? « Lorsqu'il existe deux déchirures sur le vagin, l'une à droite, l'autre à gauche de la colonne postérieure, celles-ci ne se propagent pas sur la vulve, comme on pourrait le croire, chacune de leur côté, mais elles se réunissent à la façon des deux branches d'un Y et ne donnent lieu qu'à un seul prolongement médian. Par suite de la réunion en avant des deux déchirures vaginales, l'extrémité inférieure de la colonne postérieure se trouvant détachée *de son insertion* à la région vulvaire, se rétracte en haut sous la forme d'une languette triangulaire plus ou moins décollée et laisse à sa place une sorte de petit carrefour sanglant auquel viennent aboutir les 3 branches de l'Y » (1).

Nous retrouvons bien ici le schéma complet que nous avons donné de la désinsertion vulvo-vaginale avec ou sans rupture de la colonne postérieure.

1. Sallé, Contribution à l'étude des déchirures du vagin, p. 39, *Thèse*, Paris 1893.

Dans ces cas complexes quelle est la lésion primitive : désinsertion vagino-vulvaire ou lésion de la paroi postérieure du vagin ? C'est-là un point assez délicat à trancher. Nous donnons à ce sujet l'opinion de M. Bouchacourt.

« Doit-on, écrit-il, continuer à dire, d'après Pajot, que dans les accouchements spontanés, la déchirure commence par l'hymen et le vagin, et qu'elle joue, par rapport au périnée proprement dit, le rôle du coup de ciseau du commis de nouveautés voulant diviser une étoffe ?

Il est certain que dans la plupart des cas, la lésion périnéale est précédée par une lésion hyménéale et vaginale, qui passe, d'ailleurs, souvent inaperçue, si on ne la recherche pas avec soin, et d'une façon méthodique, de préférence en faisant respirer à la malade une une ou deux bouffées de chloroforme.

Mais, d'après ce que j'ai observé, *le premier temps de beaucoup de déchirures des organes génitaux externes chez les primipares, consisterait en une désinsertion du vagin au niveau de la fourchette,* généralement très limitée, mais s'étendant parfois plus ou moins latéralement, ou elle constitue ces fissures de la base des petites lèvres.

La déchirure longitudinale de la paroi postérieure du vagin qui est si fréquente, et la déchirure périnéale, ne seraient alors que secondaires.

De telle sorte que, si on voulait faire une comparaison suivant le mode de Pajot, on dirait que la tête agit comme le commis de nouveautés, qui, voulant déchirer une étoffe doublée, commence par séparer la doublure

de l'étoffe, avant de déchirer successivement l'une et l'autre ».

En résumé, l'auteur pense que chez la primipare, *la désinsertion vagino-vulvaire primitive* est souvent le point de départ des lésions vaginales ou vulvo-périnéales. En conséquence, étant donné comme fréquence moyenne des déchirures du périnée chez la primipare, le chiffre de 30/100 (M. Auvard), M. Bouchacourt admet que la désinsertion de l'extrémité inférieure du vagin est une lésion qui est loin d'être rare.

Nous ne pouvons, ni confirmer, ni infirmer la théorie si séduisante de M. Bouchacourt, vu l'impossibilité où nous sommes de donner un aperçu de la fréquence relative de cette lésion. Une statistique basée sur un grand nombre d'observations pourrait seule résoudre le problème.

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Nous avons essayé de démontrer l'individualité clinique de la désinsertion vulvo-vaginale par les caractères anatomo-pathologiques qui lui sont propres. Est-il possible de lui accorder la même individualité au point de vue étiologique et pathogénique ? En d'autres termes, pouvons-nous déterminer exactement les circonstances particulières dans lesquelles elle se produira ? Le problème ainsi posé ne laisse pas d'être complexe, car nous ne croyons pas qu'on puisse invoquer une ou plusieurs causes, toujours les mêmes ; nous retrouverons au contraire dans la désinsertion vulvo-vaginale, nombre des causes invoquées déjà par tous les accoucheurs, pour la production de lésions tout à fait dissemblables. C'est dans la réunion de certaines causes, dans certaines circonstances, qu'il faut chercher l'explication de ce traumatisme.

Pour ne pas compliquer outre mesure l'étude de ces causes prédisposantes et déterminantes, nous ne les

envisagerons que dans les accouchements spontanés, laissant volontairement de côté les désinsertions vulvo-vaginales qui pourraient se produire au cours d'interventions malheureuses ou maladroites. Sans nier la possibilité de ce traumatisme du fait de l'intervention, nous ne l'avons retrouvé dans aucune des observations sur lesquelles nous allons nous appuyer pour essayer d'en élucider l'étiologie et le mécanisme.

1° Causes prédisposantes :

Une des causes prédisposantes par excellence est la *primiparité*. Toutes nos observations d'ailleurs sont relatives à des primipares. Il en est de la désinsertion inférieure du vagin comme de toutes les lésions des parties molles, consécutives à l'accouchement ; elles sont en quelque sorte préparées par un état particulier des tissus. Que ceux-ci n'aient pas ou aient perdu la souplesse et l'élasticité nécessaires à leur distension, au moment de la période d'expulsion, ils seront exposés à des déchirures.

Ces conditions rencontrées chez la primipare sont à leur maximum lorsqu'elles coexistent avec l'*âge avancé* de la mère. Le vagin acquiert alors une rigidité plus ou moins marquée qui porte surtout sur le segment inférieur, disposition, qui, ajoutée au calibre moindre de la région, le prédispose d'une façon certaine aux lésions de toutes sortes.

En outre chez la primipare, la *persistance constante de l'hymen plus ou moins respecté*, nous semble jouer un rôle considérable. Afin de bien mettre ce rôle en

lumière, rappelons brièvement, les diverses phases de la période d'expulsion : La dilatation de l'orifice utérin est complète ; la tête poussée par les contractions utérines descend dans le vagin et appuie bientôt sur le plancher périnéal. A chaque contraction, la vulve s'entr'ouvre, la tête apparaît pour disparaître dès que cesse la contraction. L'expulsion ne se fait pas, la tête est comme arrêtée. « Enfin à un certain moment, l'extrémité céphalique apparaît recouverte de sang..., à ce moment l'accoucheur doit reprendre espoir, en effet la tête au lieu d'entrouvrir seulement la vulve, va la dilater considérablement ; elle ne rétrocédera plus et après deux ou trois contractions, elle sera généralement expulsée (1). » M. Budin attribue ce temps d'arrêt dans la sortie de la tête à la résistance de l'orifice hyménéal. « On peut comparer, écrit-il, ce qu'on observe au moment du premier accouchement, à ce qui se passe dans les lanternes de voitures, la bougie est introduite dans un tube cylindrique dont l'extrémité supérieure hémisphérique présente un orifice à son centre, un ressort presse constamment la bougie contre cet orifice étroit qu'elle ne peut franchir. Pendant l'accouchement, c'est la contraction utérine qui pousse la tête contre l'orifice vaginal également rétréci ; cet orifice après avoir résisté pendant un certain temps, finit par se rompre sous l'action des forces utérines. »

Laissant de côté les cas de dystocie par persistance de l'hymen, il n'est donc pas douteux que la présence seule d'un hymen normal suffit pour arrêter momenta-

1. Budin. *Loco citato.*, p. 282.

nément la tête. Alors, poussée par les contractions utérines, la tête se trouve coiffée de l'hymen qui se tend au devant d'elle, jusqu'au moment où les forces expultrices auront brisé sa résistance. Mais avant cela, cette tension de l'hymen aura pour effet de tirer sur l'extrémité inférieure du vagin dont il n'est que la continuation. D'autre part, cette extrémité inférieure doit résister à la traction qu'exercent sur elle les parois du vagin, du fait même de leur distension. Ainsi soumis à l'action de ces forces opposées, le vagin pourra céder aux points d'application de ces forces, au niveau de son insertion à la vulve.

A cette persistance de l'hymen, peut s'ajouter, comme autre cause prédisposante, *une orientation anormale de la vulve*, nous voulons parler des cas où la vulve est dirigée en arrière et en bas, correspondant ainsi à un périnée court. Le travail marche vite, la tête appuie bientôt directement sur l'orifice vulvaire ; l'hymen subit alors plus facilement la distension nécessaire qui, opposée à la distension forcée des parois vaginales et surtout de la paroi vaginale postérieure pourra avoir comme conséquence une désinsertion du vagin.

Au contraire, dans les cas d'inclinaison exagérée du bassin, de périnée long avec vulve dirigée en avant et en haut, nous ne trouvons pas la même prédisposition. La tête fœtale presse fortement sur le périnée, le travail traîne en longueur, et diverses lésions sont à craindre, soit : des lésions vulvaires et en ce cas le plus souvent c'est « le tiers postérieur de la vulve qui est fortement tiraillé, distendu et peut être déchiré » (1).

(1) Cistrier. *Loc. citat.*, p. 65.

Soit : une déchirure de la paroi postérieure du vagin, car, dit Morel (1). « L'orientation de quelques vulves fortement dirigées en avant, devient ainsi une circonstance en faveur de la déchirure de la portion postéro-inférieure du vagin, cette conformation mettant obstacle à l'engagement et à la déflexion de la tête».

Pour conclure, nous pensons que la désinsertion de l'extrémité inférieure du vagin est favorisée : 1° par la persistance plus ou moins complète de l'hymen ; 2° par une disposition anatomique spéciale des parties génitales : la brièveté du périnée.

Ces causes sont suffisantes à elles seules pour expliquer les cas où la désinsertion du vagin se produit en dehors des causes plus spécialement déterminantes que nous allons maintenant décrire.

Causes déterminantes. — La *rapidité de l'accouchement* peut être la cause unique de la désinsertion. L'effort maternel joint à des contractions utérines puissantes détermine une expulsion rapide qui ne laisse pas à l'orifice vaginal le temps de se distendre et de développer toute son élasticité ; d'où sa rupture. « Les orifices formés par des tissus vivants, écrit M. Budin, peuvent se laisser dilater à un degré quelquefois extraordinaire, lorsqu'on les distend lentement ; ils se déchirent au contraire, avec la plus grande facilité quand on agit sur eux d'une façon brusque ».

Dans deux de nos observations il est fait mention de l'expulsion rapide du produit de conception ; aux con-

(1) Morel. *Loc. citat.*, p. 24.

tractions utérines s'ajoutaient de violents efforts maternels malgré la défense de l'accoucheur.

On serait tenté de croire qu'une extrémité céphalique volumineuse amènera plutôt la désinsertion ; mais fait paradoxal, la petitesse de la tête contribuant également à la rapidité de l'accouchement peut entraîner la désinsertion comme elle amène la déchirure d'un périnée insuffisamment distendu.

D'ailleurs nous faisons remarquer que dans nos observations le poids de l'enfant est normal et que sauf dans un cas (Obs. VI) on ne peut mettre en cause l'excès de volume de la tête fœtale.

Mais dans les cas de délabrement considérable (Obs. X), il est logique d'invoquer avec M. Budin un autre mécanisme. « La tête poussée par les contractions utérines violentes a entraîné le vagin qui s'est détaché des autres tissus, l'orifice vaginal s'étant rompu la déchirure s'est étendue en arrière au périnée et à la cloison recto-vaginale, tandis que la paroi vaginale séparée de la muqueuse vulvaire et des parties sous-jacentes formait de chaque côté deux lambeaux flottants. »

Sous une autre forme Freund (1) disait : « le vagin se moule comme un tricot sur la tête, la muqueuse s'applique si intimement sur sa surface qu'au lieu de glisser sur elle au moment de la rotation, elle est entraînée et décollée dans une étendue plus ou moins considérable. »

C'est à ces décollements de la muqueuse vaginale que l'on doit imputer la formation des thrombus sous-muqueux : « En outre, toutes les parois vaginales à l'excep-

1. Freund, *Die Verletzungen der Scheide und des dammes.*

tion des colonnes du vagin, présentaient une coloration violacée due au sang extravasé dans le tissu cellulaire sous-muqueux ou il formait un véritable thrombus superficiel (Obs. XI). »

Ajoutons en passant que des injections vaginales trop fréquemment renouvelées au cours du travail en facilitant cette adhérence de la tête avec la muqueuse vaginale, exposent par là même à ces décollements.

Enfin pour M. Bouchacourt, *la déflexion prématurée de la tête* jouerait un rôle considérable. « Quant au mécanisme de ces désinsertions vulvo-vaginales, le rôle capital me paraît devoir être attribué à la déflexion prématurée de la tête ; ainsi que l'avait montré M. Auvard, non seulement parce qu'alors la tête de l'enfant se présente suivant des diamètres plus grands (que quand la région sous-occipitale se met en contact avec le pubis) mais encore parce que les saillies de la face peuvent accrocher plus ou moins la paroi postérieure du vagin, et l'entraîner ainsi avec elles, la distension de ces tissus se trouvant portée au maximum, ce qui leur donne une véritable rigidité. »

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Diagnostic. — Nous serons très brefs sur le diagnostic de la désinsertion vagino-vulvaire qui est avant tout un diagnostic anatomique.

En dehors des cas (Obs. I) où une sensation de rupture perçue par la mère au niveau de la vulve est rapportée, la désinsertion vaginale inférieure nécessite pour la reconnaître une exploration méthodique des organes génitaux.

Nous ne dirons qu'un mot de chacun des symptômes douleur et hémorrhagie, signes communs à toutes les plaies vulvo-périnéales.

La *douleur* peut parfois, par son intensité, rendre difficile l'examen des voies génitales; il sera bon d'y remédier par l'administration de quelques bouffées de chloroforme qui permettront d'intervenir chirurgicalement s'il y a lieu.

L'*hémorrhagie* est une hémorrhagie vulvaire. La solution de continuité caractéristique de la désinsertion

donne lieu le plus souvent à une hémorrhagie en nappe qui peut, à elle seule, alors que le périnée est intact, inciter l'accoucheur à examiner le canal génital.

De toutes façons, la femme sera mise dans la position obstétricale. Toutes les précautions antiseptiques prises, l'accoucheur examinera d'abord les parties génitales externes et terminera par le toucher vaginal. Il sera utile de compléter l'examen à l'aide de valves qui corroboreront les renseignements obtenus par le toucher.

Dans ces conditions le diagnostic s'impose : toute solution de continuité, séparant la muqueuse vulvaire de la muqueuse vaginale sera pathognomonique de la désinsertion vagino-vulvaire.

Mais, point plus important, sur lequel M. Bouchacourt insiste; il *faut rechercher ce qu'est devenue la colonne postérieure du vagin.*

Celle-ci peut avoir perdu son point d'attache à la vulve et se rétracter plus ou moins haut dans le vagin; il faut aller à sa recherche. Dans d'autres cas, la colonne postérieure reste insérée à la vulve (désinsertion, uni ou bilatérale), et est encore le plus souvent tiraillée, allongée.

Ces constatations sont d'un haut intérêt pratique, ainsi que nous le verrons dans un instant.

L'examen révélera, de plus, la coexistence de lésions de voisinage qui sont comme autant de complications : déchirures vulvo-périnéales accessibles à la vue, ou lésions vaginales qu'il faudra déceler par le toucher ou l'emploi de valves.

Le *pronostic* immédiat de la désinsertion vagino-vulvaire ne présente aucune gravité ; rappelons toutefois que toute plaie des organes génitaux chez une accouchée est une porte ouverte à l'infection qui est toujours à redouter. Il faut donc, avant et après la réparation, maintenir la vulve et le vagin de l'accouchée dans le meilleur état d'asepsie.

Le pronostic éloigné de la désinsertion vagino-vulvaire varie selon le mode de traitement appliqué à la lésion, comme nous allons le voir.

Traitement. — a) *préventif.* Etant connues, les circonstances qui déterminent la désinsertion de l'extrémité inférieure du vagin, il existe pour ainsi dire, un traitement préventif de la lésion.

Pour obvier aux inconvénients d'une expulsion rapide de la tête, l'accoucheur se trouvera bien de suivre la méthode préconisée par Tarnier. « Le rôle de l'accoucheur est de cueillir la tête à travers l'orifice vulvaire et de substituer à la brusquerie d'une expulsion spontanée, la lenteur et la modération d'un dégagement artificiel. »

b) *Curatif :* Nous ne pouvons mieux faire que de rapporter ici les conclusions pratiques émises par M. Bouchacourt, qui le premier a attiré l'attention des accoucheurs sur ce sujet.

« En présence d'une lésion vagino-périnéale, ayant plus ou moins la forme d'un losange, dont les deux bords supérieurs sont constitués par le vagin, et les deux bords inférieurs par le périnée, la réparation classique consiste à réunir deux par deux les bords de ce losange,

par des points transversaux, de façon à constituer deux sutures longitudinales, plus ou moins dans le prolongement l'une de l'autre : la supérieure étant faite au catgut et l'inférieure au crin de Florence.

« Mais il me semble pouvoir conclure, des faits nombreux que j'ai observés depuis six mois à la clinique Tarnier, que cette pratique est souvent mauvaise, en ce qui concerne la partie vaginale, dont la réparation n'a alors pour effet que d'allonger le vagin en arrière, sans lui rendre son point d'appui, qui est l'insertion à la vulve de la colonne postérieure du vagin : d'où la fréquence des rectocèles consécutifs à un premier accouchement.

« La réinsertion solide au catgut du pied de la colonne postérieure du vagin — qu'on fait maintenir, s'il y a lieu, à la vulve au moyen d'une pince — me paraît être la partie importante de la réparation des organes génitaux externes, lésés par le traumatisme obstétrical. On fixera cette colonne vaginale à la base du losange cruenté, de façon à pouvoir en reprendre le pied dans le point au crin de Florence, qui sera placé au niveau de la fourchette (ce sera bien entendu le dernier de tous les points).

« Pour la réparation vaginale, on peut d'ailleurs employer indifféremment, ou comme je l'ai toujours fait, la suture en surjet au catgut, ou les points séparés, à condition de bien affronter les surfaces cruentées correspondantes. »

« Je dois ajouter que cette pratique m'a toujours donné d'excellents résultats, non seulement au point de

vue esthétique, auquel on a trop souvent le tort de borner ses prétentions réparatrices, mais encore au point de vue fonctionnel, la base de la colonne postérieure du vagin me paraissant être le nœud de la statique génitale de la femme. »

OBSERVATIONS

Observation I

(Présentée par M. le Dr Bouchacourt à la *Société obstétricale de France*, avril 1904).

Il s'agit d'une jeune couturière de 20 ans, qui accoucha secrètement dans sa chambre le 26 décembre 1903, d'un enfant vivant pesant 2,800 grammes.

Une sage-femme appelée par les voisines, ayant constaté que l'accouchée présentait une plaie saignante au niveau de la vulve, l'envoya de suite à la clinique Tarnier, où on apprit que le fœtus avait été expulsé, la malade étant étendue tout habillée sur son lit; au moment du passage de l'enfant, une très vive sensation de *rupture* aurait été perçue par la mère au niveau de la vulve.

L'examen des organes génitaux externes pratiqué sous le chloroforme, montra les lésions suivantes :

Au niveau du périnée, déchirure superficielle longue de 5 centimètres; de plus, le vagin était désinséré de la vulve sur presque toute son étendue; l'hymen très développé présentait plusieurs fissures, dont une en arrière allant jusqu'à la brèche périnéale, qui semblait se continuer avec elle.

Entre l'hymen et la vulve, on voyait une surface cruen-

tée, ayant en arrière la largeur d'un travers de doigt, et s'amincissant graduellement en avant, pour se terminer par deux surfaces linéaires correspondant aux racines du clitoris. Un suintement sanguin incessant se produisait au niveau de cette plaie vagino-vulvaire en forme de croissant.

Après avoir régularisé au ciseau les lèvres de la plaie, je fis un surjet au catgut, de façon à réinsérer le vagin à la vulve sur toute sa longueur, jusqu'au niveau du clitoris, à la base duquel on voyait de grosses veines bleuâtres, qui furent évitées soigneusement. L'hémorragie s'arrêta immédiatement. La colonne postérieure du vagin, qui était fortement rétractée dans ce canal, fut réinsérée avec un soin tout particulier, après avoir été abaissée avec une pince de Museux.

La plaie périnéale fut fermée au moyen de cinq crins de Florence, qui furent enfoncés très profondément, de façon à saisir une grande épaisser de tissus.

Ces crins ayant été enlevés au bout de 8 jours, on put se convaincre que la réparation était parfaite, tant en ce qui concernait la désinsertion vagino-vulvaire qu'au point de vue de la plaie périnéale.

Observation II.

(Présentée par M. le Dr Bouchacourt, à la *Société obstétricale de France,* avril 1904).

La femme P..., primipare, âgée de 21 ans, accoucha spontanément et à terme, le 29 janvier 1904, d'un enfant pesant 3,250 grammes, après une période d'expulsion qui a été très rapide ; la parturiente s'était mise à pousser

avec une véritable fureur, dès l'apparition de la tête à la vulve (le fœtus se présentait alors en O. I. G. A.).

Cette dernière partie de l'accouchement semble avoir été d'autant plus douloureuse que cette femme était atteinte de vaginisme, et accusait, dans ses antécédents, de violentes douleurs à chaque période menstruelle et pendant les coïts. Sa vulve était très étroite.

Après la sortie du fœtus, je reconnus une déchirure du périnée portant sur une longueur de trois centimètres, et une désinsertion du vagin sur la vulve, mais dans ses deux tiers inférieurs seulement.

Je fis comme précédemment, un surjet au catgut réinsérant le vagin, après avoir fixé au préalable sur la ligne médiane, par un point séparé, la colonne postérieure du vagin, qui se trouvait fortement rétractée dans ce canal, au point qu'on fut obligé de l'abaisser au préalable, à l'aide d'une pince.

Je fermai ensuite la brèche périnéale au moyen de deux crins de Florence, qui furent enlevés le 8e jour.

Le résultat opératoire a été parfait.

Observation III (Inédite).

N° 483 du registre d'accouchements.

La nommé C..., 22 ans, couturière, primipare, entre à la clinique Tarnier, le 14 avril 1904, à une heure du soir, parce qu'elle est en travail.

Examen à l'entrée. — La grossesse est à terme, les dernières règles remontant au 1er juillet 1903. Sommet engagé en O I G A. — Enfant vivant. Dilatation de 2 centimètres. Urine normale. Bassin normal.

Accouchement. — Premières douleurs le 14 avril à 9 heures du matin. Rupture spontanée des membranes le même jour à 4 heures du matin. Liquide amniotique teinté de méconium. Bruits du cœur fœtal bons. Dilatation complète à 3 h. 30 du soir. Les bruits du cœur se ralentissent, 114, mais restent bons. La femme pousse. La région vulvaire postérieure et le périnée sont très saillants, distendus. Le périnée est d'une minceur extrême. La période d'expulsion est de courte durée. Le sommet se dégage en O P. Durée du travail 6 h. 50.

Enfant vivant du sexe féminin du poids de 3.625 gr. Les diamètres de la tête sont :

O. M.	13.5
O. F.	12.3
S. O. B.	9.5
B. P.	9.5
B. T.	8.5

Délivrance naturelle et complète à 4 h. 45.

Examen de la région vulvaire après l'accouchement.— Il existe une déchirure incomplète du périnée, ainsi qu'une désinsertion partielle du vagin dans la région de la fourchette. La colonne postérieure a perdu son point d'attache à la vulve.

Après une toilette vulvaire, le Dr Quillier, place trois crins de Florence sur la déchirure du pénis, et procède à la réparation du vagin par un surjet au calgut.

Observation IV. (Inédite.)

(N° 414 du registre d'accouchements).

La nommée M..., 19 ans, giletière, primipare, entre à la clinique Tarnier, le 30 mars 1904, à quatre heures du matin, et est admise de suite à la salle de travail.

Examen à l'entrée. — A commencé à marcher à neuf mois.

Rougeole à 6 ans.

Premières règles à 13 ans. Règles irrégulières mais non douloureuses.

D. R. le 28 juin 1903.

Sommet engagé en O. I. G. T. Enfant vivant.

Dilatation de 3 centimètres.

Cette femme aurait perdu les eaux la veille au soir, 6 heures.

Nuage d'albumine dans les urines.

Accouchement. — Les premières douleurs sont apparues le 29 mars à 6 heures du soir.

La dilatation progresse régulièrement. Elle est complète à 5 h. 45 du matin.

Dégagement de la tête en O. P., après 40 minutes d'expulsion. A la fin de la période d'expulsion on constate l'issue d'un liquide louche teinté de méconium.

Enfant vivant du sexe féminin, du poids de 3,370 gr.

Diamètres de la tête :

O. M.	12.8
O. F.	11.7
S. O. B.	10.3
B. P.	9.2
B. T.	8.5

Délivrance naturelle et complète à 7 h. 10 du matin.

Légère hémorrhagie qui s'arrête par le massage de l'utérus.

Examen de la région vulvaire après l'accouchement :

Déchirure superficielle du périnée.

Le vagin est désinséré du plancher périnéal dans la partie correspondante à la colonne postérieure.

M. le docteur Bouchacourt fait un surjet au catgut pour la réparation du vagin. Trois crins de Florence sont placés immédiatement sur la déchirure du périnée.

Observation V (Inédite).

(N° 448 du registre d'accouchements).

La nommée K..., âgée de 20 ans, ménagère, primipare entre à la clinique Tarnier, le 7 avril 1904 à minuit et demi et est admise à la salle de travail.

Examen à l'entrée. — A marché à un an.

D. R. le 4 juillet 1903.

Sommet engagé en O. I. D. P. Enfant vivant.

Dilatation de un centimètre.

Les membranes se sont rompues spontanément la veille à dix heures et demie du soir.

Varices des membres inférieurs. Urines albumineuses.

Accouchement. — Apparition des premières douleurs le 6 avril à 10 heures 1/2.

Dilatation complète à minuit 3/4.

Les douleurs perdent de leur intensité et de leur fré-

quence au point de passer presque inaperçues. En présence de l'inertie utérine. M. Bouchacourt se décide à une intervention, la tête est alors en O. P. visible à la vulve au moment d'une contraction.

Une application directe avec le forceps Demelin n° 6 est faite. Par traction sur les lacs, l'abaissement se *fait sans difficultés*. L'accouchement est terminé à 5 h. 45 du matin.

La durée du travail a été de 7 heures.

L'enfant du sexe mâle pèse 3,150 grammes.

Les diamètres de la tête sont :

O. M.	14
O. F.	12
S. O. B.	9.5
B. P.	9.4
B. T.	8.5

Délivrance naturelle et complète à 6 heures 30 du matin.

Examen des organes génitaux. — On constate une déchirure superficielle du périnée de 1 centimètre 1/2 de longueur.

La paroi postérieure du vagin est désinsérée transversalement sur une longueur de 3 centimètres. La colonne postérieure à perdu ses points d'attache vulvaire.

Le vagin est réparé par un surjet au catgut.

Le périnée est ensuite restauré par une suture à points séparés (trois crins de Florence).

Observation VI. (Inédite.)

(N° 185 du registre d'accouchements).

La nommée X..., 23 ans, cuisinière, primipare entre à la clinique Tarnier le 25 janvier 1904.

Examen à l'entrée. — A marché à 15 mois.

Bien réglée depuis l'âge de 13 ans.

Hydarthrose du genou droit à 22 ans.

Vaginite granuleuse.

D. R. le 23 avril 1903. Vomissements de la fin du premier au commencement du 6e mois. O. I. G. A. Enfant vivant.

Accouchement. — Entre à la salle de travail le 14 février à 10 h. 50 du matin. Dilatation de 2 centimètres.

Premières douleurs le 13 février, à 8 heures du matin; à midi et demi, rupture spontanée de la poche des eaux.

A 2 h. 1/2 de l'après-midi, dilatation complète.

Comme le travail n'avançait pas, la sage-femme demande l'intervention de M. Bouchacourt.

Application de forceps, et à 6 h. 45 extraction de la tête en O. P.

Enfant vivant (garçon) du poids de 3,500 grammes.

Diamètres de la tête :

	O. M.	14.5
	O. F.	13.2
S.	O. B.	9.9
	B. P.	10.
	B. T.	8.5

Délivrance naturelle et complète à 7 h. 10 du soir.

Examen des organes génitaux. — Malgré toutes les

précautions prises, à cause du défaut de longueur du périnée et de largeur de la vulve, le plancher périnéal céda en même temps que se produisit une désinsertion partielle postérieure de la paroi vaginale.

L'exagération de tous les diamètres par rapport à l'étroitesse des organes génitaux est cause de la déchirure.

Observation VII (Inédite).

(N° 346 du registre d'accouchements).

La nommée X..., âgée de 21 ans, domestique, primipare, entre à la clinique Tarnier, le 15 mars 1905, au dortoir des femmes enceintes.

Examen à l'entrée. — Née à terme. Elevée au sein. A commencé à marcher à un an.

Premières règles à 13 ans. Pas de maladies antérieures.

Urines albumineuses.

D R. 31 mai 1903.

La grossesse a normalement évolué, pas de troubles digestifs et nerveux.

Sommet engagé en O I D P. Enfant vivant.

Accouchement. — Les grandes douleurs apparaissent le 17 mars vers 5 heures.

La parturiente entre à la salle de travail.

Dilatation de 6 centimètres.

Tête très engagée en transverse.

Poche des eaux intacte.

A 6 heures, dilatation complète. Rupture artificielle des membranes. Liquide ammolique normal.

Les contractions utérines s'espacent et cependant la tête apparaît à la vulve en O P. La vulve est à peine entrebaillée, le périnée bombe fortement, lorsqu'une contraction puissante survenant, la tête et le corps du fœtus sont violemment chassés au dehors avant qu'on ait pu seulement penser à s'opposer à leur sortie.

L'enfant vivant, un garçon, pèse 3.100 grammes.

Délivrance naturelle et complète à 7 h. 10.

Examen des parties génitales. — Le périnée est fortement endommagé, les parties profondes sont déchirées sur une étendue d'environ 3 centimètres.

On constate de plus une désinsertion de la partie inférieure du vagin sur le périnée dans tout son demi-cercle inférieur. L'hémorrhagie peu abondante est arrêtée par le tamponnement immédiat du vagin.

M. le docteur Bouchacourt, répare les lésions vaginales, par un surjet au catgut, profond, et les lésions du périnée par 5 points superficiels au crin de Florence.

Observation VIII. (Inédite.)

(N° 174 du registre d'accouchements).

La nommée X..., âgée de 20 ans, primipare, entre à la clinique Tarnier le 11 février 1904, à 5 heures du soir, pour un début de travail.

Examen à l'entrée. — Antécédents héréditaires et personnels nuls.

Réglée à l'âge de 15 ans. Depuis règles régulières, non douloureuses.

D. R. 20 avril 1903.

Sommet engagé en O. I. G. A.

Dilatation de 4 centimètres. Urines normales.

Accouchement. — Apparition des premières douleurs le 11 février, à 2 heures du soir.

A 6 heures du soir, dilatation complète et rupture spontanée de la poche des eaux.

Dégagement de la tête en O. P. après une période d'expulsion de 25 minutes.

Enfant vivant du sexe féminin, du poids de 3,050 gr.

Diamètres de la tête :

O. M.	13.
O. F.	10.5
S. O. B.	9.5
B. P.	9.
B. T.	8.5

Délivrance naturelle et complète à 6 h. 45.

Examen des parties génitales. — Déchirure superficielle du périnée, accompagnée d'une désinsertion de l'extrémité inférieure du vagin, limitée au demi-cercle inférieur de l'orifice vulvo-vaginal. La réparation des parties lésées est obtenue par une suture au catgut pour le vagin, et quatre points de suture au crin de Florence, pour le périnée.

Observation IX (Inédite).

(N° 484 du registre d'accouchements).

La nommée X..., couturière, âgée de 23 ans, primipare entre à la clinique Tarnier le 13 avril 1904, à 5 heures du matin.

Examen à l'entrée. — A marché vers l'âge de 18 mois. Réglée à 13 ans et demi.

D. R. le 15 juillet 1903.

Sommet engagé en O. I. G. A. Enfant vivant.

Urine normale. Bassin normal.

Accouchement. — Premières douleurs le 13 avril, à 11 h. du soir.

Le lendemain à 11 heures du matin elle entre à la salle d'accouchement.

La dilatation est de 3 centim.

Dilatation complète à 3 h. 45.

Rupture artificielle de la poche des eaux.

A 4 h. 1/2 dégagement de la tête.

Enfant vivant du sexe mâle du poids de 3,250 grammes.

Diamètres de la tête :

O. M.	13.1
O. F.	12.2
S. O. B.	9.4
B. P.	9
B. T.	8.3

Délivrance naturelle et complète à 4 h. 45.

Examen des organes génitaux. — Après la délivrance, M. Bouchacourt examine le périnée qui présente une déchirure étendue de la commissure postérieure de la vulve au sphincter de l'anus, ce dernier intact.

Le vagin présente deux déchirures latérales. La colonne postérieure est désinsérée sur une longueur de 2 centim. environ. Réparation immédiate : deux surjets au catgut pour le vagin, trois crins de Florence pour le périnée.

Observation X

(M. le Pr Budin in Obstétrique et Gynécologie)

Dans la nuit du 15 au 16 mai 1874, pendant que nous étions de garde, on vint nous demander de voir une femme enceinte qui se trouvait dans le service de médecine du professeur Lasègue.

Il s'agissait d'une fille de 20 ans, épileptique, qui avait parfois jusqu'à trois et quatre accès par jour. Elle avait eu ses dernières règles le 20 juillet 1873. Depuis la fin du 7e mois ses urines contenaient une certaine quantité d'albumine.

Dans la matinée du 15 mai, quelques douleurs étaient apparues ; au moment où je la vis, le 16 à 5 heures du matin, il y avait une dilatation de l'orifice utérin qui mesurait 4 a 5 centimètres de diamètre environ ; la poche des eaux était intacte. Je constatai que l'enfant se présentait par le sommet en position O I D. On entendait nettement les bruit du cœur fœtal, dont le maximum était un peu au-dessus de la symphyse pubienne, sur la ligne médiane. Les contractions utérines étaient régulières, assez espacées. Je recueillis l'urine et constatai qu'elle contenait une notable quantité d'albumine. Un lavement fut ordonné pour vider le rectum. Je m'assurai que tout était prêt pour recevoir l'enfant et je me retirai en priant qu'on m'avertit lorsque les douleurs deviendraient plus fortes et plus fréquentes.

Le matin, à huit heures, avant de me rendre dans mon service, je montai dans la salle du professeur Lasègue pour savoir ce qu'était devenue cette femme et pourquoi on n'était pas venu me chercher. On m'apprit qu'à 4 h. 45 la malade avait été prise de douleurs violentes et que, en

quelques minutes l'enfant avait été expulsé. Il était mort et on n'avait pu le ranimer. La délivrance avait été naturelle, quelques minutes plus tard.

Malgré l'assurance qui m'était donnée, qu'il n'y avait aucune lésion des organes génitaux, je les examinai et constatai l'existence d'une déchirure totale du périnée. Les parties étaient dans l'état suivant : La cloison recto-vaginale était rompue sur une hauteur de 5 centimètres environ pour la muqueuse vaginale ; la paroi rectale était un peu moins déchirée sur une hauteur de 4 centimètres seulement ; l'orifice vulvaire et l'orifice de l'anus étaient confondus. Ce n'est pas tout. La moitié inférieure du vagin était totalement décollée, de chaque côté de la ligne médiane, sur les parties latérales à droite et à gauche, la paroi vaginale était séparée de la muqueuse vulvaire et des tissus sous-jacents ; il en résultait deux lambeaux flottants qu'on pouvait facilement soulever. Les déchirures formaient donc deux lignes distinctes ; l'une était antéro-postérieure, et s'étendait sur le périnée et sur la cloison recto-vaginale ; l'autre coupait transversalement la précédente, elle était demi-circulaire à concavité antérieure et correspondant au point d'insertion de la moitié inférieure du vagin.

M. Léon Labbé, appelé par le professeur Lasègue, décida d'intervenir immédiatement. A 9 h. 1/2 du matin, la malade fut endormie et des sutures furent faites avec des fils d'argent. M. Labbé, commença par rétablir la cloison recto-vaginale, il fit la suture de la muqueuse vaginale seule et ne toucha pas à la muqueuse rectale. Il réunit ensuite le lambeau vaginal du côté droit à la muqueuse de la moitié inférieure droite de la vulve, puis le lambeau vaginal du côté gauche, à la moitié inférieure

gauche de la vulve. Il affronta ensuite les deux lèvres du périnée....

Observation XI.

(Présentée par M. le Dr Bouchacourt, à la *Société obstétricale de France,* avril 1904.).

La nommée P..., primipare, âgée de 38 ans, entre en travail à terme, le 3 avril 1904 (n° 438 du registre de la salle). C'est une femme grande, vigoureuse et bien musclée. A partir du moment où les membranes se rompirent spontanément, un peu avant la dilatation complète, cette femme se mit à pousser énergiquement, malgré la défense qui lui en fut faite. La tête du fœtus (qui se présentait en O. I. G. A.) descendit alors sur le périnée, et apparut à la vulve, qui était manifestement étroite et rigide, avec membrane hymen presque intacte.

La dilatation de la vulve se fit en moins d'un quart d'heure, sous la double influence des contractions utérines, et surtout des violents efforts volontaires de la femme.

Après la sortie de l'enfant, qui pesait 3,330 grammes, on s'aperçut avec quelque surprise, que le périnée était intact, néanmoins, du sang suintait continuellement à la vulve.

Après la délivrance, qui fut naturelle, l'hémorragie continuant malgré la rétraction utérine, on procéda à un examen rigoureux des organes génitaux en se servant de valves, ce qui permit de constater d'abord que le vagin était presque complètement désinséré de la vulve comme dans le cas précédent. (Obs. I.)

La femme étant chloroformée, on reconnut qu'il y avait en outre les lésions suivantes :

Déchirure étendue de la lèvre postérieure du col utérin, qui formait un lambeau flottant dans le cul de sac postérieur ;

Déchirure longitudinale de la paroi latérale droite du vagin, sur une longueur de 3 centimètres à partir de la vulve.

Une étude plus approfondie de la désinsertion vulvo-vaginale montra que le vagin, n'adhérait plus qu'à la vulve en deux régions : l'une antérieure, constituée par le clitoris et ses racines, l'autre postérieure, formée par la colonne postérieure du vagin, dont la partie inférieure était d'ailleurs tiraillée, amincie, comme effilochée.

En outre, toutes les parois vaginales, à l'exception du vagin, présentaient une coloration violacée due au sang extravasé dans le tissu cellulaire sous-muqueux, où il formait un véritable thrombus superficiel, sans doute par décollement du plan muqueux.

La réparation, exécutée par M. le Dr Quillier, consista en un surjet au catgut, qui commença au niveau de la petite lèvre gauche, près du clitoris, contourna la fourchette, et se termina à droite au niveau de la racine du clitoris après réinsertion solide de la colonne postérieure du vagin au niveau de la fourchette ; puis on fit quelques points séparés au catgut, sur la déchirure vaginale ; la déchirure cervicale fut abandonnée à elle-même.

Cette femme a été revue 15 jours après, au moment de son départ du service : le résultat opératoire est parfait.

Observation XII

(N° 551 du registre d'accouchements).

La nommée E..., âgée de 24 ans, primipare, domestique, entre à la clinique Tarnier, le 3 mai 1904, à 7 h. 45 du soir et est admise de suite à la salle du travail.

Examen à l'entrée : Premières règles à 14 ans.

Sommet engagé en O I D P. Enfant vivant.

Bassin normal. Urines normales.

Dilatation de 4 centimètres.

Accouchement. — Apparition des premières douleurs à 4 heures du matin.

Dilatation complète à 9 heures du soir, et rupture artificielle des membranes.

A 10 h. 30 les battements du cœur fœtal se ralentissent et deviennent irréguliers. L'expulsion est lente. On tente alors un peu d'expression au moment des contractions. Le périnée proémine comme une carène. On cesse l'expression et l'on se contente de guider l'accouchement en étoffant le plus possible le périnée.

Dégagement spontané de la tête en O. P.

Enfant (garçon) vivant du poids de 3,400 grammes.

Diamètres de la tête :

O. M.	13.5
O. F.	11.7
S. O. B.	10.3
B. P.	9.2
B. T.	8.5

Délivrance naturelle et complète à 10 h. 55.

Durée du travail 18 h. 1/2.

Examen des organes génitaux. — Déchirure du périnée qui s'étend de l'orifice vaginal à 1 centim. de l'anus.

Désinsertion bilatérale du vagin, avec déchirures longitudinales de la paroi postérieure, de chaque côté de la colonne postérieure.

Lésions vulvaires : desinsertion de la petite lèvre droite. Éraillures du clitoris.

Périnéorrhaphie à 11 h. 15.— Surjet au catgut pour le vagin, 6 crins superficiels pour le périnée.

Oservation XIII

(Baudry. *Archives de gynécologie.* Juillet 1894, p. 35)

Une *primipare* de 27 ans, entre en travail le 16 février 1892, à dix heures du soir. Sommet en O. I. G. A. Rupture spontanée des membranes, le 17 février à trois heures du soir. La tête descend et elle apparaît à la vulve, lorsque la parturiente déclare ressentir un impérieux besoin d'aller à la garde-robe. La sage-femme la rassure et lui conseille de pousser. Quelle n'est pas sa surprise de voir apparaître par l'anus une main. Cependant elle dégage la tête, et introduisant deux doigts dans le vagin, saisit le bras postérieur et ramène facilement ce membre par la voie naturelle. Délivrance spontanée. Le Docteur Baudry, appelé, constate l'état suivant des parties : Vulve absolument intacte ainsi que le périnée. L'anus forme un bourrelet saillant, dur et violacé. L'exploration digitale du vagin lui montre que la paroi postérieure est déchirée sur une large étendue. Cette déchirure affecte la forme d'un triangle dont le sommet est à gauche, et environ à deux centimètres du col, et dont la partie transversale fait songer à une *désinsertion vagino-vulvaire* ; elle laisse pénétrer trois doigts. Du côté du rectum la déchirure est beaucoup moins étendue : elle est presque arrondie et par cette voie il n'est pas possible de laisser pénétrer plus d'un doigt dans le vagin en suivant la direction du périnée.

La malade avait eu, en avril 1891, un abcès de la paroi vaginale postérieure qui s'était terminé par l'évacuation spontanée d'une petite quantité de pus, et dont l'évolution avait duré trois semaines environ. C'est certainement au niveau de la cicatrice de cette petite lésion que s'était faite la déchirure.

CONCLUSIONS

1° La désinsertion de l'extrémité inférieure du vagin à la vulve mérite de prendre nom dans le chapitre des lésions vagino-vulvaires ;

2° La désinsertion vulvo-vaginale peut être partielle ou totale ; s'accompagner ou non d'un arrachement de la colonne postérieure.

Dans les cas d'intégrité de la colonne postérieure elle peut être uni ou bilatérale ;

3° La désinsertion vulvo-vaginale semble être une lésion réservée à la primipare. Elle est favorisée par l'intégrité plus ou moins complète de l'hymen, la brièveté du périnée, conditions capables de la produire à elles seules.

Le plus souvent elle est déterminée par la rapidité de l'accouchement et la déflexion prématurée de la tête.

4° L'intérêt pratique qui ressort de l'étude de la désinsertion vagino-vulvaire est tout entier dans le mode de réfection de la paroi vaginale postérieure.

Vu : Le Président,
P. BUDIN.

Vu : Le Doyen,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer.
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

Paris. — Imp. Ch. Bodin et Cie, 25-27, boul. Pasteur.